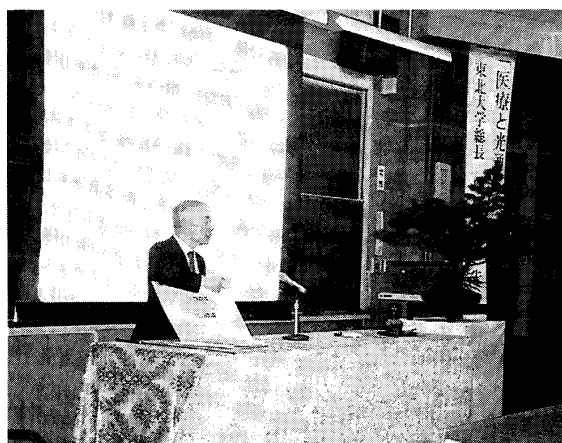


日本の医療の行く手を探る(第2回医療短大研究会)

著者	濃沼 信夫, 学術 委員会
雑誌名	東北大学医療技術短期大学部紀要 = Bulletin of College of Medical Sciences, Tohoku University
巻	6
号	1
ページ	60-61
発行年	1997-01-31
URL	http://hdl.handle.net/10097/33637



講演中の西澤潤一総長

吸収を抑えるためには、純度の高い石英を作る必要があったが、これは無理。ガラスファイバーの中心の屈折率を大きく、外側に徐々に屈折率を下げていくと光はこう通るようになって、表面まで行かない(パネルで説明)。表面に行かないと外に逃げるものも少なくなる。こういう風にして特許なんかも取った。アメリカの産婦人科学会に呼ばれて講演をしたことがある。妊娠中に胎児を見るのに、光ファイバーを使おうというわけである。一本のファイバーの周りを針金で包む、すると注射針のようになるわけで、これを子宮の壁を通して中に入れてやる。そして、顕微鏡に繋ぐと、像が見られるようになる。つまりは、マイクロマシーンになる。これが光通信を使った医療への応用の一つ。光ファイバーを使った通信は、たとえばラジオは 10^6Hz 、光ファイバーではこれが 10^{12}Hz になるわけで、100 万倍の情報量になる。つまり、言葉だけでなく画像をどんどん送ることができるようになる。医療情報なんかもそうで、京極方久先生がおやりになったように取った検体の画像を送ってすぐに診断する、あるいは救急車の中から患者の情報を送って迅速な治療ができるようになる可能性がある。また、データベースの構築も重要である。東北大というのはデータベースの構築が日本で一番早かった。難病・奇病が出たときに、すぐに病状をコンピューターに入れる、するとすぐにこういう病気であると情報が出せるようになる。さきの O157 流行のときもそうで、データベー

スの利用というのはこれからの医療でも重要になる。

この医療短大からも第二、第三の箱守が出るように望んでいる。私の在任中に 4 年制にするということが目標の一つだったが、果たせなくて残念である。しかし、そのためにも中から良い仕事が出る、卒業生が良い仕事をする必要がある。そのためには、日々の仕事をこつこつと努力することが重要で、地味ではあるが毎日の仕事をきちんとやることである。毎日毎日の業務をきちんとやっていると、当り前のことから大発見をすることができる。ヘーゲルの言葉に「創造とは蓋然の先見である」という言葉があるが、この言葉を送りたい。

(要約：学術委員会)

第 2 回医療短大研究会

平成 8 年 10 月 15 日 (火曜日) 午後 6 時～7 時半、
医療短大大講義室

講師：濃沼信夫 教授 (東北大学医学部病院管理学講座)

演題：「日本の医療の行く手を探る」

将来の医療を考えると、Aging と医療について大きな問題があることが分かる。日本の場合は医療制度は政府の丸がかえの形となっている。このような医療制度は国家の馬力があるときには良いが、国家の馬力が落ちてきたときには大変な負担となってくることが考えられる。具体的には、これまでの日本では若年人口が多く、すなわち社会の生産性が高かったわけであるが、現在は高齢人口 (65 歳以上) が増えており、予測では西暦 2025 年には 25% に達すると見られている。現在でも医療機関に入院患者の 47.8% は 65 歳以上の高齢者である。したがって、現在の日本の医療費年間 25 億円 (これは対 GDP 比で 7% に達する) の内約 3 分の 1 が老人医療費であり、これは年率 9.5% の伸びを示している。平均的にはこの医療費の負担

は90%が公的負担（この内60%が保険料・30%が公費）で10%が個人負担となっている。このために、健康保険（最優良組合）でも平成6年から赤字となってきているのが現状であり、財政破綻の危機にあるといえる。つまりは、保険請求をしても支払われなくなってしまう事態にもなりかねない。そうなると保険料率を引き上げざるを得なくなる。現在の水準を維持するためには、平成7年厚生年金16.5%・医療8.2%から2025年には厚生年金29.8%・医療23.0%の負担が必要となる計算である。ここで世代会計（一生で払う負担額と一生で受益する額の差）を計算して見ると、今の60から79歳までの人は一世帯あたりプラス6600万円、40から49歳では一世帯あたりマイナス963万円と、大体40歳を境に、受取超過と負担超過に分かれることになる。

そこで、医療制度の改革案が必要となるわけである。例えば、医療保険審議会では、給付の重点化（重い病気は給付は多く、軽い病気は少なく）・病院の総額予算性・薬の3から7割負担といったような案を検討している。これに対し医療機関の側の対応も必要と考えられる。例えば、一般診療所の午後6時以降の診療（金曜日）について見ると、全国平均では24.6%であるが、宮城県4.0%・北海道6.3%と低く、逆に東京26.4%・大阪63.6%と高くなっている。

それでは、一体どうしたら良いのか。まず、医療について考えてみると、過去は患者は弱者とみなされ、アクセスの確保・普遍の医療・平等が重

要とされた。現在は患者は人間として扱われている。未来には患者は神様の様にみなされる。すなわち、制限的（選択的）医療・質の確保・cost-effectivenessが重要な課題となる。また、病床数で見るとアメリカは人口が日本の2倍であるが、病床数が日本の140万床に対し、90万床と少ない。病床数が多ければ、それだけ医療関係者数は多く必要となり医療費を押し上げることになる。したがって、これからは脱病院化社会、すなわち健康な人が多くなれば病院は減る—医療の中心は病院から在宅・地域の医療へと変化していく—ことが考えられる。個人の負担を比較すると、医療・年金・福祉について日本では大体5.7%・7.4%・1.5%であるが、スウェーデンでは10.2%・21.4%・20.9%であって、このような比較からは日本も福祉にかかる比率が伸びていくことが想像される。この点において、病院の機能も治療機能(healthy)から相談機能(wise)へと重点を変えていく必要がある。

医療の未来として、「ゆとりの医療」：量から質へ／inputからoutcomeの評価へ、「高負担の回避」：規制緩和／民間活力／競争原理、「住民本位の医療」：ICと情報公開／福祉を包括する地域計画・施設体系・保険制度、が望まれるのではないか。

（研究会資料：「今後の医療保険制度改革について」）

（要約：学術委員会）